



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Silje Lian og Mia Beate Mathisen
Veileder: Toril Merete Nysæter

Smertelindring – En barriere

Pain relief – A barrier

Antall ord: 12150

Bachelor i sykepleie

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒ JA

☐ NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒ JA

☐ NEI

Sammendrag

Tittel: Smertelindring – En barriere

Pain relief – A barrier

Introduksjon: Det er en stadig økende forekomst av lungecancer i Norge. For å yte god pleie og omsorg til denne pasientgruppen kreves det kompetente og kunnskapsrike sykepleiere. Når pasienten ønsker å tilbringe livets siste fase i hjemmet, må det tilrettelegges for trygge rammer. Det er derfor viktig med et velfungerende palliativt team, som jobber med pasienten i fokus, mot helhetlig pleie.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse fenomen som smertelindring og trygghetsskapende arbeid hos lungecancer pasienter i sen palliativ fase. Vi vil se på hvilke kunnskaper som kreves av sykepleieren for at pasienten skal oppnå smertelindring og trygghet.

Metode: Oppgaven er basert på en litteraturstudie. Den bygger på selvvalgt problemstilling, som er besvart ut ifra faglitteratur, forskning og egne erfaringer

Konklusjon: For å kunne smertelindre den palliative pasienten og gi han en følelse av trygghet kreves det kunnskaper hos sykepleieren. Hun må ha kunnskaper om smerte, smertekartlegging, bruken av opioider samt virkning og bivirkning av disse. Den gode samtalen, respekt og tillit må ligge til grunn for at sykepleieren skal kunne utføre god smertekartlegging. Sykepleieren må erkjenne egne grenser for faglig kompetanse, og praktisere innenfor disse.

Innhold

1.0	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Presentasjon av problemstilling	6
1.3	Hensikt med oppgaven	6
1.4	Avgrensning av oppgaven	7
1.5	Oppgavens oppbygging	8
2.0	Metode.....	10
2.1	Litteraturstudie som metode	10
2.2	Litteratursøk	11
2.2	Kildekritikk	11
2.2.1	Presentasjon av forskningsartikler.....	12
2.3	Etisk vurdering	14
3.0	Teoretisk fundament.....	15
3.1	Cancer.....	15
3.2	Lungecancer	15
3.2.1	Årsak	16
3.2.2	Symptomer	16
3.2.3	Metastaser.....	16
3.3	Cancersmerter.....	17
3.3.1	Nociseptive smerter.....	18
3.3.2	Nevropatiske smerter.....	18
3.4	Smertekartlegging	19
3.4.1	Verktøy for smertekartlegging.....	20
3.5	Medikamentell behandling	21
3.5.1	Smertetrappen.....	22
3.6	Sykepleieteori.....	23
3.6.1	Joyce Travelbee	24
3.7	Palliasjon	25
3.8	Palliativt team.....	25
3.9	Yrkesetiske Retningslinjer	27
3.10	Trygghet og hjemmebasert omsorg	27
3.11	Sykepleieprosessen.....	28
3.12	Den gode samtalen	29
4.0	«Hvordan kan sykepleiere lindre smerte for å skape trygghet hos den hjemmeboende lungecancerpatienten i palliativ fase?»	31
4.1	Trygge rammer i hjemmebasert omsorg.....	31

4.2 Palliativt team.....	33
4.3 Smertekartlegging	33
4.4 Sykepleierens kunnskap i møte med den palliative lungecancer pasienten	36
4.5 Sykepleieprosessen.....	38
4.6 Medikamentell behandling	39
5.0 Konklusjon	43
Bibliografi	45

Sammendrag ligger først i oppgaven.

Vedlegg 1- PICO- Skjema

Vedlegg 2- Søkeshistorikk (to sider)

Vedlegg 3- Revidert ESAS-skjema (to sider)

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2011 ble det påvist 29907 nye tilfeller av cancer i Norge, hvorav 2842 var lungecancer (Kreftregisteret, 2013). I 2012 døde hele 10 800 mennesker av ondartede svulster, hvorav 2224 døde av cancer i respirasjonsorganene (Statistisk Sentralbyrå, 2013).

I årene 2007-2011 fikk 1179 kvinner pr. år påvist lungecancer mot 73 kvinner pr. år i tidsrommet 1957-1961. Tilsvarende tall for menn viser 1541 mot 284 tilfeller pr. år (Kreftregisteret, 2013). Tallene viser at det er stadig økende forekomst av lungecancer i Norge. Dette krever kompetente og kunnskapsrike sykepleiere for å ta seg av pasienter i alle faser av sykdommen.

SSB viser til at antall liggedøgn på sykehus er gått ned fra 4 164000 i 2000 til 3 87500 i 2008 (Statistisk sentralbyrå, 2009). St.meld.47, samhandlingsreformen, viser til at i overkant av 160 000 brukere mottar hjelp fra hjemmebasert omsorg, mot 40 000 brukere som mottar tjenester i alders- og sykehjem. Videre vises det til en betydelig vekst innenfor hjemmebasert omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). For enkelte pasienter vil det være bedre å være i hjemmet ved langtkommen uhelbredelig sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Etter samhandlingsreformen er kommunen pålagt det økonomiske ansvaret for en utskrivningsklar pasient i sykehus. Dette medfører at kommunen enten betaler for pasientens plass i sykehus eller finner andre løsninger innad i kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Vi begge jobber i hjemmebasert omsorg og har merket at stadig dårligere pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde blir sendt hjem, vi tror at dette kan ha en sammenheng med innføringen av samhandlingsreformen i 2012.

70-80 % av pasientene med utbredt cancer rapporterer at de har smerter som følge av sin diagnose (Valeberg, Bjordal & Rustøen, 2010). Samtidig viser flere studier at sykepleiere har manglende kunnskaper innenfor dette området. I Landmark, Svenkerud & Grovs (2012) studie vises det til at mange pasienter ønsker å dø hjemme, men blir engstelige og utrygge av frykten for og ikke få den hjelpen de trenger.

I møte med den palliative pasienten ut ifra vårt ståsted i hjemmebasert omsorg og gjennom praksis, har vi sett at det av ulike årsaker både fra pasientens side og fra sykepleierens kan være vanskelig å oppnå en tilfredsstillende smertelindring. Kreftsykepleier i kommunen bekreftet at smertelindring var en stor del av sykepleierens ansvar når den palliative cancerpasienten kom hjem, og at dette kunne være utfordrende. (Chang et al., 2005) viser til hvilke kunnskaper sykepleiere mangler i forhold adekvat smertelindring og hvilke barrierer som eksisterer ovenfor bruken av sterke opioider. Samtidig som Paice, Toy & Shotts (1998) forskning trekker frem at også pasientene innehar barrierer som kan gjøre det vanskeligere å oppnå tilstrekkelig smertelindring. Vi ønsker derfor å se på kunnskapen sykepleiere må ha for å bidra til smertelindring hos den palliative pasienten for å skape trygghet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere lindre smerte for å skape trygghet hos den hjemmeboende lungecancerpasienten i palliativ fase?»

1.3 Hensikt med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å fordype oss i fenomen som smertelindring og trygghetsskapende arbeid for at pasienten skal oppleve å være smertelindret i den palliative fasen. Vi ønsker at den kunnskapen vi tilegner oss i denne oppgaven skal være overførbar til andre pasientgrupper, som KOLS, hjertesvikt og andre lungesykdommer. Vi ønsker med dette å utvikle egen faglig kompetanse og kunnskap om lungecancerpasientenes opplevelser rundt smerter, samt se på hva vi som sykepleiere må gjøre for å kunne lindre smerten og skape trygge rammer rundt den hjemmeboende. Kunnskaper, kompetanse og egne erfaringer er viktig innenfor alle områder vi som sykepleiere har ansvaret for, men kanskje ekstra viktig for å kunne tilby helhetlig sykepleie til den palliative pasienten (Rønning, Strand & Hjermstad, 2007).

1.4 Avgrensning av oppgaven

Norsk forening for palliativ medisin omtaler en pasient som palliativ når all kurativ behandling er avsluttet og han har mindre enn 9-12 måneder igjen å leve (Engstrand, et al., 2004). Vi begrenser oss til at pasienten er i en sen palliativ fase, hvor utgangspunktet for smertelindringen er trinn tre i smertetrappen, da vi fokuserer på hvilke kunnskaper sykepleieren må inneha ved administrering av sterke opioider. Kunnskaper sykepleieren må ha i forbindelse med smertelindring, smertekartlegging og trygghetsskapende arbeid i møte med den palliative pasienten vil bli vektlagt. Viktigheten av et velfungerende palliativt team vil bli trukket frem, for å kunne gi pasienten helhetlig pleie.

Vi har sett og erfart at denne pasientgruppen ofte benytter seg av sterke opioider, og mener derfor det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om bruken av- og bivirkninger av slike medikamenter. Vi ønsker å se på betydningen av den gode samtalen for å skape en relasjon og trygghet hos pasienten.

Oppgaven bygger på lungecancer da vi har sett og erfart, samt at statistikk tilsier en økende forekomst av sykdommen. Dette tilsier at det kommer til å bli et økende behov for kunnskap og kompetanse hos sykepleierne som arbeider med denne pasientgruppen. I oppgaven har vi valgt å vektlegge fysiske smerter, grunnet at skjelettmetastaser er svært fremtredende hos denne pasientgruppen og gir ofte opphavet til store smerter (Lund & Kaasa, 2007). Smerter har flere dimensjoner, psykisk, sosialt og åndelig. Vi velger å ekskludere disse fra oppgaven, med unntak av den psykiske smerten. Dette grunnet at respirasjonsproblematikk, som dyspné, er vanlig hos lungecancer pasienter. Dette kan gi opphav til angst, som kobles opp mot psykisk smerte. Dyspné kan også være forårsaket av fysisk smerte (Hoel & Lynes, 2010).

Vi velger å anvende sykepleieteorien til Joyce Travelbee for å synliggjøre og belyse sykepleierens rolle og funksjon i et menneske-til-menneske forhold. For at sykepleieren kan oppfylle sin hensikt med helhetlig sykepleie til pasienten, mener Travelbee det viktig at man kvitter seg med stereotypiske rolleoppfatninger, og oppfatter hverandre som gjensidig unike individer (Travelbee, 2011). Videre mener hun at det å se pasienten som et unikt individ, kan bidra til opparbeidelse av en god relasjon og gi pasienten en følelse av trygghet.

Den gode samtalen vil bli vektlagt for å skape en relasjon til pasienten, med det formål å oppnå tillit og trygghet. Eide & Eide (2008) beskriver at formålet med den gode samtalen er å hjelpe pasienten til å føle trygghet og tillit, forstå informasjon, føle anerkjennelse og på denne måten mestre sin situasjon. Videre benytter vi oss av den gode samtalen som et supplement til smertekartlegging, da vi tror dette vil gi et mer helhetlig bilde av pasientens opplevelse av smerte.

Vi ser at pårørende er en svært viktig ressurs når en pasient ønsker å være hjemme. Pårørende agerer som omsorgsytere og samarbeidspartnere for sykepleierne, og bidrar til at pasienten kan tilbringe mer tid i hjemmet. Sykepleieren har et ansvar for å undervise og veilede pårørende slik at de kan bidra i behandlingen av pasienten (Fjørtoft, 2012). I De Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for de pårørende, vi har likevel valgt og ekskludere disse fra oppgaven, grunnet at vi ønsker å se på sykepleierens kunnskap om smertelindring for å skape trygghet, og relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Begreper som pasienten, han, hun og sykepleieren vil bli brukt om hverandre i oppgaven. Vi bruker konsekvent ordet cancer i oppgaven, og benytter oss av andre latinske faguttrykk, da vi ønsker et mer medisinskfaglig språk.

1.5 Oppgavens oppbygging

I innledningskapittelet blir bakgrunnen for oppgaven, problemstillingen, relevansen for sykepleiefaget, avgrensninger og presiseringer presentert. I kapittel to presenteres oppgavens metode. Dette innebærer metodevalg, litteratursøk, redegjørelse for valg av kilder, kildekritikk, søkeord og søkestrategi. Det blir også gjort rede for hvilke etiske vurderinger vi har tatt i forbindelse med denne oppgaven. I kapittel tre presenteres det teoretiske fundamentet vi mener er hensiktsmessig for å belyse hva som skal til for å skape trygghet og lindre smerte hos den palliative lungecancer pasienten. I kapittel fire drøfter vi hvordan vi kan anvende kunnskap om lungecancer, smertetyper, smertebehandling inkludert kartlegging, palliativt team den gode samtalen for å smertelindre og skape trygghet hos lungecancerpasienten. Problemstillingen blir drøftet opp mot teoretisk fundament, forskning og egne erfaringer. Det

siste kapittelet i oppgaven er konklusjonen, hvor det blir gjort en oppsummering av oppgaven for å svare på problemstillingen. Sist i oppgaven kommer litteraturlisten. PICO skjema, søkehistorikk og ESAS skjema er lagt ved som vedlegg.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert beskriver metode slik «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2012, s.111).

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie og regnes som en kvalitativ metode (Dalland, 2012). En litterær oppgave bygger på skriftlige kilder (Dalland, 2012). «Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle» (sitert i Dalland, 2012, s.112). Oppgaven bygger på en selvvalgt problemstilling, hvor kravene til litteratur er forskning, pensum og selvvalgt litteratur. Dalland (2012) skriver at det skal stilles krav til de kilder som blir brukt i en oppgave og at alle kilder skal vurderes systematisk, kritisk og være relevant for oppgavens problemstilling.

Retningslinjene for bacheloroppgaven lar oss formulere en problemstilling ut ifra selvvalgt tema hvor det må synliggjøres hvilken relevans dette har for sykepleiefunksjonen. Utover kravene om pensumlitteratur, forskning og selvvalgt litteratur har vi trukket inn egne erfaringer med smertelindring, palliativt arbeid og smertekartlegging fra praksis og jobb i hjemmebasert omsorg.

Materialet som blir samlet og belyst i oppgavens teoridel skal være saklig formulert og uten egne antagelser (Dalland, 2012). I drøfting blir det teoretiske fundamentet diskutert i lys av aktuell problemstilling, teorien skal drøftes opp mot aktuell forskning, praksiserfaringer og egne synspunkter skal komme frem. Det er viktig å skille på når det blir brukt teori, data og når egne synspunkter blir benyttet (Dalland, 2012).

2.2 Litteratursøk

Oppgavens retningslinjer stiller krav til at det skal benyttes minimum fire forskningsartikler hvorav to av skal være engelskspråklige. For å finne frem til forskning som var relevant for å kunne svare på vår problemstilling har vi benyttet oss av databasene vi har tilgang til gjennom Høgskolen i Hedmarks bibliotek. Vi har søkt i Cinahl, Svemed+ og pubmed, hvor vi blandt annet anvendte søkeordene: Cancer pain treatment, Pain, pain prevention, management, pain relief, fear, cancer pain, palliative, palliative care, cancer, lungecancer, dying, nursing, barriers, home care, nurse. Smertelindring, barrierer, opioider. Etter tips fra veileder om aktuelle navn på forskere har vi søkt i databaser som Svemed+, Oria og Google scholar etter navn, disse var blant annet Ellen Karine Grov, Bettina og Stein Husebø.

For å finne frem til aktuell litteratur har vi benyttet oss av biblioteket til Høgskolen i Hedmark. Vi har søkt etter aktuell litteratur gjennom databasen Oria, med følgende søkeord på norsk og engelsk: smerte, kreftsmerte, kreft, lungekreft, hjemmesykepleie, trygghet, palliasjon. Vi har også anvendt pensumlistene for bachelor i sykepleie og videreutdanning i kreftomsorg for å finne relevant faglitteratur. I tillegg til dette har vi vært i samtale med kreftsykepleier i kommunen, dette gjorde vi for å få tips til aktuell litteratur samt for å høre om hennes erfaringer angående hjemmeboende palliative pasienter.

2.2 Kildekritikk

Når vi har søkt litteratur og forskning har vi gått frem på følgende måte: vi har sett om tittel eller abstrakt er relevant for å belyse vår problemstilling, kildens alder, språk og kvalitet. En del av litteraturen vi har benyttet oss av er pensum for videreutdanning i kreftsykepleie, vi anser derfor disse kildene som valide for vår oppgave. Pensum litteratur for Bachelor utdanning i sykepleie er også blitt benyttet. Vi har stilt oss kritiske til hvilke pensumbøker vi har benyttet oss av, da formålet med bøkene kan ha vært rettet mot andre fagfelt innenfor sykepleie.

Vi har forsøkt å finne kilder som ikke er eldre enn 10 år, dette har vi klart, med unntak av en artikkel. Allikevel bedømmer vi denne forskningsartikkelen som relevant da aktualiteten for vår problemstilling fortsatt er gjeldene. Forskningen vi har valgt er fra USA, Norge, Sverige

og Korea. Grunnen til at vi har valgt artikler fra USA og Sverige er at dette er land som kan sammenlignes med Norge og det norske helsevesenet. Korea har en annen helsekultur enn den norske, men vi anser studiens funn som overførbare til vår oppgave. Dette grunnet at de underbygger de resultatene som fremkommer gjennom deres forskning med overførbarheten til andre land. Der i blant Spania, USA og Canada.

I første hånd har vi benyttet oss av primærkilder i oppgaven, men også sekundærkilder. I primærkildene kommer forfatterens egne synspunkter frem, uten at disse er fortolket av andre. Vi anser primærkildene som fortrolige og pålitelige for praksis. Ved bruken av sekundærkilder har vi stilt oss kritiske, grunnet at dette er fortolkninger og primærkildens intensjoner kan ha blitt endret. To av forskningsartiklene samt noe faglitteratur vi har benyttet oss av er engelskspråklige, dette kan ha medført feiltolkning grunnet vår forforståelse av det engelske språket.

Vi har benyttet oss av WHO sin definisjon av palliasjon. Denne har vi valgt og ikke oversette fra engelsk, da vi mener det norske språket ikke er tilfredsstillende utfyllende for å få en god direkte oversettelse.

2.2.1 Presentasjon av forskningsartikler

Alle forskningsartiklene som har blitt benyttet i denne oppgaven er kvantitative. Resultatene er derfor tallfestet, og er statistisk generaliserte. Resultatene av kvantitativ forskning får frem den gjennomsnittlige verdien av det som blir forsket på, hvor forsker ikke har mulighet til å påvirke respondentene sitt svar. Ulempen ved bruken av kvantitative studier er at man får en generalisert forståelse uten å søke svar i dybden (Dalland, 2012).

- 1) «Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling». Forfattere: Valeberg, Bjordal, & Rustøen (2010).

Studien ønsker å forstå hvilke barrierer som bidrar til mangelfull smertelindring hos cancerpasienter. Barrierene kan ligge hos helsepersonell, pasienten samt at det kan ligge føringer i ramme faktorene som bunner ut i mangelfull smertelindring. Studien tar sikte på å beskrive pasientrelaterte barrierer i forhold til smertelindring, og undersøke om disse

barrierene påvirker pasientens følelse av smerteintensitet. Barrierene som reflekterer til mest spørsmål hos pasientene er spørsmål om avhengighet, toleranse, redsel for bivirkninger, frykt for at medikamentene ikke har effekt dersom smerte tiltar samt monitorering av egen helsetilstand ved å måle smerter. Studien konkluderer med at pasientene må få bedre og mer individualisert informasjon, samt at det kreves bredere kunnskaper hos sykepleiere som jobber med denne pasientgruppen.

- 2) «Å dø i eget hjem – om utfordringer og fagkompetanse i hjemmetjenesten». Forfattere: Landmark, Svenkerud, & Grov (2012).

Studien ønsker å belyse hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmebasert omsorg står ovenfor ved hjemmeboende palliative pasienter, samt hvilken fagkompetanse som er nødvendig. Studien viser til at sykepleiere bedømmer sin kunnskap om arbeid med palliative pasienter som mangelfull, og at sykepleiere ikke bedømmer sin kompetanse som bedre enn helsefagarbeidere sin. Men samlet sett svarte 60 % av respondentene at de bedømmer sin kunnskap om symptomlindring til palliative pasienter som god. De trekker frem noen utfordringer knyttet til palliative pasienter, slik som smerte, kommunikasjon, samhandling, trygghet, tid og personell. For å utøve god pleie til den palliative pasienten viser de til at kompetanse, egeninnsikt, selvstendighet og trygghet er viktige aspekter.

- 3) «Nurses`willingness to maximize opioid analgesia for severe cancer pain, and its predictor» Forfattere: Chang, Yun, Park, Lee, Park, Ro, & Huh (2005).

Studien tar sikte på å beskrive hvilke barrierer sykepleiere har mot å gi tilstrekkelig høy dose av opioider. De poengterer at sykepleiere ikke har tilstrekkelig med kunnskap innenfor administrering av opioider og deres bivirkninger, kartleggingsverktøy, redsel for avhengighet og toleranse. De trekker frem at sykepleierens manglende kunnskap, fører til inadekvat smertelindring av cancerpasienten. For at pasienten skal kunne oppleve å være smertelindret må sykepleieren tilegne seg kunnskaper innenfor dette området.

- 4) «Barriers to Cancer Pain Relief: Fear of Tolerance and Addiction» Forfattere: Paice, Toy, & Shott (1998).

Studien tar sikte på å identifisere faktorer som påvirker barrierer mot smertelindring hos pasientene. De trekker frem at pasientene er redd for avhengighet, toleranse og frykten for å ikke ha sterke nok medikamenter når smertene tiltar. I undersøkelsen kommer det frem at de som har barrierer mot avhengighet og toleranse er de som scorer høyest på smerteintensitet. Videre påpekes det at sykepleiere må tilegne seg mer kunnskap i forhold til smertelindring, slik at de kan gi tilstrekkelig med informasjon til pasienten. Informasjonen må være tilpasset den enkelte, og sykepleieren må sørge for at informasjonen som blir gitt, blir forstått.

2.3 Etisk vurdering

I oppgaven har vi benyttet egne erfaringer og situasjoner fra jobb og praksis, disse er blitt anonymisert med hensyn til taushetsplikt. Etter samtale med kreftsykepleier i kommunen, har vi benyttet oss av hennes erfaringer og pasientcase som positive for vår oppgave. Disse er blitt anonymisert i henhold til taushetsplikt. Vi har vært tro mot kildene og fulgt APA-standard for henvisningene. Videre har vi fulgt Høgskolens retningslinjer for oppgaveskriving med tanke på oppsett og innhold. Retningslinjene for bacheloroppgaven er også fulgt.

3.0 Teoretisk fundament

3.1 Cancer

For å kunne forstå hva cancer er vil det være nødvendig å ha kunnskap om kroppens celleaktivitet og det normale levemønsteret hos en frisk celle. Mennesker består av ca. 200 ulike celletyper. Mange celler av samme type danner et organ. Cellenes aktivitet styres av DNA/arvemateriale. Flere av cellene som kroppen består av lever kun en angitt periode. Før den dør går den igjennom en celledeling (Sand, Sjaastad, Haug, & Bjålie, 2006). Ved celledeling gir DNA beskjed om at cellen skal kopiere sitt arvestoff og føre dette videre til to datterceller. Grunnen til denne celledelingen er for å erstatte de cellene som dør og for at kroppen skal vokse. For at en normal celle skal kunne bli en cancercelle må det skje en mutasjon i cellen. Denne mutasjonen kan sees som skade eller forandringer på cellens DNA som igjen påvirker genaktiviteten. Når genaktiviteten påvirkes vil cellen kunne få ukontrollert celledeling og den kan få evnen til å flytte seg fra ett vev til et annet og fortsette celledelingen. En cancercelle vil altså ha evnen til å dele seg ukontrollert uten at celler dør, det vil da dannes en tumor (Haakensen, Ikdahl, Helland, & Børresen-Dale, 2012).

3.2 Lungecancer

Lungecancer er en av de vanligste formene for cancer. Det er den nest hyppigste cancertypen hos menn og den tredje hyppigste hos kvinner (Brunsvig, 2010). I 2011 var lungecancer årsaken til ca. 20 % av alle dødsfall i Norge (Kreftregisteret, 2013). Lungecancer kan deles inn i åtte hovedkategorier som avhengig av celletype kan deles inn i to hovedgrupper, ikke-småcellet som utgjør over 80 % av tilfellene av lungecancer og småcellet som utgjør i underkant av 20 % av alle tilfeller (Brunsvig, 2010). Behandling av ikke-småcellet lungecancer tar sikte på å operere bort hele tumoren, dersom dette ikke er mulig er det liten sjanse for at sykdommen er kurabel. Små-cellet lungecancer er svært hissig, hvor 80 % av pasientene responderer bra på cytostatika. De aller fleste opplever allikevel å få tilbakefall, dette er trolig grunnet at canceren utvikler resistens mot cytostatika behandlingen (Bremnes, Helbekkmo, & Aasebø, 2012).

3.2.1 Årsak

Lungecancer er en av cancerformene hvor etiologien, altså opphavet ofte er kjent. Dette er fordi vi vet at så mye som 90-95 % av all lungecancer er forårsaket av sigaretttrøyking (Bremnes et al., 2012). Risikoen for å dø av lungecancer øker i takt med antallet sigaretter en person røyker per dag, hvilket vil si at en pasient som røyker 40 sigaretter om dagen har 40 % større sjans for å dø av lungecancer enn én person som aldri har røkt. Sjansen for å utvikle lungecancer reduseres med 50 % hvert femte år etter at man slutter å røyke (Gulsvik & Bakke, 2004). Andre årsaker til utvikling av lungecancer er forurensning og radoneksponering. Det er også sett at personer som arbeider med visse typer miljøstoffer som nikkel, krom og asbest har økt risiko for å utvikle lungecancer (Bremnes et al., 2012).

3.2.2 Symptomer

De fleste som oppsøker lege og får påvist lungecancer, oppsøker legen på bakgrunn av plagsomme symptomer (Bremnes et al., 2012). Man skiller ofte på symptomer og tegn som oppstår fra primærtumoren og de symptomene som skyldes metastasering (Bremnes et al., 2012).

Vanlige symptomer fra primærtumor er hoste, dyspné, residiverende nedre luftvegsinfeksjoner, hemoptyse og smerter i brystet (Bremnes et al., 2012).

Hoste er i utgangspunktet ikke uvanlig hos røykere, men malignitet i lungene vil kunne forårsake endret hostemønster med forlenget varighet. Videre vil dyspné være et vanlig symptom og årsaken til dette er vanligvis stenose i bronkiolene forårsaket av cancer. Andre årsaker til dyspné kan skyldes økt væskemengde i pleura eller perikardvæske (Bremnes et al., 2012).

3.2.3 Metastaser

Det er vanlig at ubehandlet lungecancer metastaserer, grunnet innvekst i lymfe- og blodkar og dette skjer ofte tidlig i forløpet (Brustugun, 2011). Følgelig får mange påvist metastaser allerede ved første utredning (Hoel & Lynes, 2010). Den vanligste spredningen av

lungecancer er i første omgang innen for den skadede lungen og i nabostrukturer, deretter i lymfesystemet og senere til skjelett, binyrer og hjernen (Bremnes et al., 2012).

Ved metastasering i den affiserte lungen og inn i thoraxvegg eller pleura, vil pasienten kunne oppleve smerter. Smertene ved infiltrasjon til pleura vil utarte seg som visceral ettersom pleura er en glatt hinne. Den viscerele smerten oppleves som dump, diffus og kan være vanskelig å lokalisere. Denne smerten kan være konstant, men kan også oppleves som mer akutt i perioder (Bjørø, 2010).

Den vanligste formen for fjernmetastasering, altså metastasering til annet vev er skjelettmetastaser. Skjelettmetastaser er ofte opphav til mye smerter. Smertene som denne typen metastasering gir, beskrives ofte som svært plagsomme. I tillegg til de smertene som oppstår når bevegelsesapparatet benyttes, opplever pasienten ofte en verkende, murrende smerte nesten konstant (Rosland & Tjølsen, 2007). Grunnen er at det oppstår en inflammatorisk reaksjon i skjelettet når canceren har metastasert hit. Beinstrukturen er full av nociseptiske fibre som reagerer på at beinmargen og beinvevet er inflammet og sender signaler til sentralnervesystemet som oppfatter dette som smerter. Dersom metastaseringen til beinmarg skader nervefibrene og nerveendingene i marmen vil pasienten få nevropatiske smerter. De nevropatiske smertene vil gi forskjellig opphav og smertebilde avhengig av hvilke nerver som blir affisert (Rosland & Tjølsen, 2007). Nociseptive og nevropatiske smerter vil vi komme nærmere inn på senere i oppgaven.

3.3 Cancersmerter

«Smerte er en ubehagelig, sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette» (Siter i Kaasa, 2007, s. 272). Smerte er en subjektiv opplevelse, som er individuelt betinget (Bjørø, 2010).

Forskning viser at hele 70-80 % av cancerpasientene opplever smerter, og at smerter er det mest fremtredende og plagsomme symptomet på sykdommen (Chang, et al., 2005). Når cancerpasienten opplever tiltagende fysisk smerte, vil det være normalt å tenke at det forekommer en progresjon av sykdommen. Det er derfor viktig at man har kunnskaper knyttet opp mot den aktuelle cancer diagnosen, samt normalt sykdomsforløp (Kaasa & Loge, 2007). I

de fleste tilfellene skyldes smertene primærtumor eller metastasering, men kan også skyldes bivirkninger av medikamentell behandling, stråling og/eller kirurgi. Det er viktig å tenke på at pasienten også kan ha smerter som ikke skyldes cancer (Bjørgero, 2010).

Cancersmerter klassifiseres som kroniske eller akutte, avhengig av varighet og intensitet (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Hos cancerpasienter med metastasering blir smertene oftest betraktet som kroniske, da årsaken til smerten ikke kan fjernes. Smertene blir da et symptom på uhelbredelig sykdom. Cancerpasienten kan oppleve episoder med akutt smerte, denne er mer intens men varigheten er vanligvis kort og forbundet med angst (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Fysiske smerter klassifiseres og inndeles etter deres patofysiologiske opphav, og deles inn i nociseptive og nevropatiske smerter (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

3.3.1 Nociseptive smerter

De nociseptiske smertene er en samlet betegnelse på smerter som oppfattes av nociseptorer, som er smertereseptorer i det perifere nervesystemet (Bjørgero, 2010). Smertens karakter bestemmes ut ifra hvilket vev som er affisert. I skjelett, hud og bindevev har nociseptorene stor tetthet og det omkringliggende vevet blir derfor svært følsomt for skader. Da nociseptorene ligger med så stor tetthet vil flere reseptorer i det perifere nervesystemet raskt oppfatte smerten, og dermed videreformidle signalene til de delene i det sentrale nervesystemet som oppfatter smertestimuli (Bjørgero, 2010). En skade på vevet vil da bli oppfattet som svært intens og akutt. Årsaken til at smerten blir oppfattet som så intens, er for at kroppen enten reflektorisk eller viljestyrt skal kunne unngå skade på omkringliggende vev (Bjørgero, 2010).

3.3.2 Nevropatiske smerter

Nevropatiske smerter er smerter som oppstår av skader på nerver i det perifere- eller det sentrale nervesystemet. Nevropatiske smerter fremtrer hyppig hos cancerpasienter med langtkommen sykdom, og skyldes ofte innvekst av tumor som trykker på nerver, eller bivirkninger av tidligere antitumorbehandling (Bjørgero, 2010). Utfallet av smerten vil variere ut ifra hvor mange nerver som er affisert. Ved avklemming av en perifer nerve, kan dette føre til en helt eller delvis tap av nervebanen tilbake til ryggraden. Den sentrale og vitale nerveenden vil danne små utvekster som et resultat av en feilslått reparasjonsprosess. Slike

utvekster (nevrinomer), er svært følsomme ovenfor stimuli. Dette kan medføre feiltolkning fra hjernen, om at smerten kommer fra det affiserte vevet til nerven (Bjørger, 2010).

Smertene kan være av forskjellig karakter, avhengig av hvilke nerver som er påvirket. Dersom en perifer nerve er affisert vil smerten ofte være lokalisert til den aktuelle nerven og vevsområdet. Smertens karakter vil ofte utarte seg som utstrålende, brennende og stikkende, gjerne konstant med en dyp borende smerte (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Ved tilfeller hvor det er dannet nevrinomer vil smerten ofte ha samme karakter, men være vanskeligere å lokalisere (Bjørger, 2010).

3.4 Smertekartlegging

God smertebehandling er selve fundamentet innenfor palliativ pleie (Rønning, et al., 2007). Ca. 70 % av pasientene med en alvorlig cancersykdom rapporterer smerte som et hovedproblem (Nordøy, et al., 2012). Ubehandlet smerteproblematikk kan være opphavet til sekundærplager, slik som kvalme, angst, depresjon og manglende matlyst. En stor del av cancerpasientene unnlater å rapportere om smerte, det er derfor viktig at sykepleiere stiller målrettede spørsmål, observerer kroppsspråk, om pasienten ligger anspent eller har et normalt bevegelsesmønster (Nordøy, et al., 2012). Valeberg et al., (2010) presenterer i sin studie at pasienter har en tilbakeholdenhet med å rapportere om smerte, dette bidrar til mangelfull smertebehandling. Årsaken til mangelfull rapportering skyldes manglende kunnskaper, feiloppfatninger samt engstelse for utvikling av toleranse og avhengighet.

En av sykepleierens viktigste oppgaver er å observere, kartlegge og dokumentere pasientens opplevelse av smerte (Kaasa, 2007). Som nevnt tidligere er smerte en subjektiv opplevelse, og viktigheten av at sykepleieren tror på pasientens uttrykkelse av smerte kan ikke poengteres nok (Bjørger, 2010). Gjennom grundig og systematisk smertekartlegging vil sykepleieren kunne komme frem til smertetype, intensitet, karakter og årsak. Ved utførelse av smertekartlegging må sykepleieren ha gode kunnskaper om primærsykdommens progresjon og ulike smertetyper. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig slik at pasienten føler seg trygg og anerkjent (Kaasa, 2007).

Bjørger (2010) beskriver noen punkter som bør ligge til grunn for en grundig kartlegging av smerter. Ved å kartlegge smertelokalisasjonen vil dette peke på hvilket organ eller vev som er

opphavet til smerten. Hos cancerpasienter vil det i 80 % av tilfellene være to eller flere affiserte vev/organer som gir opphavet til smertene. Man skal kartlegge smerteintensitet og smertetype (nociseptiv/Nevropatiske), da dette vil være avgjørende for behandlingen. Det siste punktet som er påpekt, er kartlegging av andre faktorer som kan spille inn på smerteopplevelsen, slik som sosiale eller psykiske faktorer. I tillegg er det viktig å kartlegge når smerten melder seg, om dette er i ro eller hvile og hvilke kroppsdeler som er affisert. Det er også av verdi for sykepleieren å vite tidsaspektet på smertene, og hvilken tid av døgnet de melder seg (Bjørø, 2010). På bakgrunn av denne kunnskapen kan man komme frem til hvilken type smerte pasienten er utsatt for, og dermed iverksette nødvendige tiltak for videre behandling. Ulik smertetype, krever ulik behandling (Bjørø, 2010).

3.4.1 Verktøy for smertekartlegging

Sykepleieren kan benytte seg av Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-skjema) som verktøy for smertekartlegging. ESAS bidrar til å danne et helhetlig bilde av pasientens symptomer, slik som smerter i ro og bevegelse, kvalme, munntørrhet, matlyst, angst og depresjon. Pasienten graderer sin opplevelse av symptomene fra en skala fra null til ti. ESAS blir videre brukt for evaluering og oppfølging av pasientens smerter og smerter (Nordøy, et al., 2012). For tilstrekkelig smertelindring bør sykepleieren kartlegge pasientens smerter både før og etter at medikamenter er gitt. En slik kartlegging kan gi verdifull informasjon vedrørende medikamentets virkning, dosen samt doseintervallene (Smith, 2004).

For å kartlegge, klassifisere og observere pasientens fysiske smerter kan man også ta utgangspunkt i en VAS-skala (Kaasa, 2007). Denne skalaen bidrar også til å klassifisere smerte intensiteten. Pasienten selv graderer sin opplevelse av smerte, ved å flytte en måler fra 0 til 10. 0 står for ingen smerte, 10 står for verst tenkelige smerte.

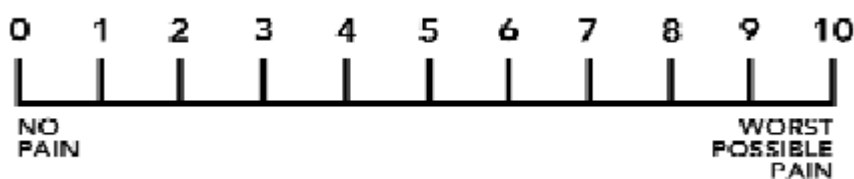


Fig 1. Visuell analog skala- VAS. Av: Eric Steinberg & Leonard B. Goldstein (2010).

Kronisk smerte hos cancerpasienten blir ofte klasifisert som smerter over 3 på en slik skala, hvor målet med smertelindringen er at pasientens opplevelse av smerte skal komme under dette. De akutte smertene som ofte blir omtalt som gjennombruddssmerter hos cancerpasienten oppstår brått og er som nevnt tidligere meget intense, ved slike gjennombruddssmerter vil pasienten ofte befinne seg et sted mellom 6-9 på skalaen (Kaasa, 2007).

3.5 Medikamentell behandling

Ved smertebehandling av cancerpasienter ser man ofte sammensatte smertebilder, hvor det er effektivt å kombinere flere medikamenter og dermed få bedre smertelindring (Smith, 2004). Bjørgo (2010) beskriver noen praktiske råd i forhold til medikamentell behandling. Etter oppstart med sterke opioider skal man fortsatt bruke ikke-opioide analgetika, grunnet liten toleranseutvikling samt at det kan redusere behovet for sterke opioider. Ved bruk av langtidsvirkende opioider vil dette sikre en jevn vevskonsentrasjon gjennom døgnet, hvor man skal tilstrebe smertelindring i ro. Dersom man gjennom hele løpet er i forkant av smertene vil dette hindre smertetopper og virke tillittsskapende ovenfor pasienten (Bjørgo, 2010).

Bjørgo (2010) skriver at ved god planlegging og gjennomføring kan man være i stand til å redusere cancerrelaterte smerter med hele 90-95 %. Barrierer hos sykepleier og pasient gjør det vanskelig å lindre cancersmertene. Det vist at redsel for å innta opioider er stor hos mange cancerpasienter grunnet frykt for avhengighet, det er også et problem at de som administrerer medikamentet ikke har nok kunnskap (Bjørgo, 2010).

Gjennom forskning er det vist at cancerpasienter ikke blir tilfredsstillende smertelindret da pasienten frykter avhengighet av opioidene. Dette vil ikke forekomme, da pasienten benytter seg av medikamentet for fysiske smerter, og dermed ikke vil oppnå en rusfølelse (Paice et al., 1998). Denne frykten kan ses i sammenheng med manglende informasjon fra behandleren. Pasienter med mye smerter er redde for å starte med sterke analgetika av frykt for å utvikle høyere toleranse av medikamentet og dermed ikke oppleve tilfredsstillende smertelindring senere i sykdomsforløpet (Paice et al., 1998). Forskning legger også vekt på sykepleierens manglende kunnskaper rundt smertelindring av cancerpasienter. Det blir påpekt at hovedproblemene ligger i manglende kunnskap om medikamentenes virkning og bivirkning

samt utilstrekkelig smertekartlegging. Konsekvensene av dette blir at sykepleieren ikke tør å gi høy nok dose til at pasienten blir tilfredsstillende smertelindret (Chang, et al., 2005).

3.5.1 Smertetrappen

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en smertetrapp som kan benyttes for standardisering ved smertelindring hos palliative cancerpasienter. Smertetrappen består av fire trinn, hvor hvert trinn beskriver hvilke medikamenter som kan benyttes ut ifra hvilke smerter pasienten opplever.

Trinn 1: Trinn 1 i smertetrappen består av non-steroide ikke-opioide analgetika og blir brukt ved milde til moderate smerter. Hovedgruppen av legemidlene som blir brukt er NSAID preparater som er antiinflammatoriske midler og paracetamol. Noen av de vanligste medikamentene innenfor NSAID er Ibux, voltaren, og naproxen (Bjørgero, 2010). Ved sterke smerter bør det vurderes å hoppe direkte fra trinn en til trinn tre, for å sikre optimal smertelindring (Bjørgero, 2010).

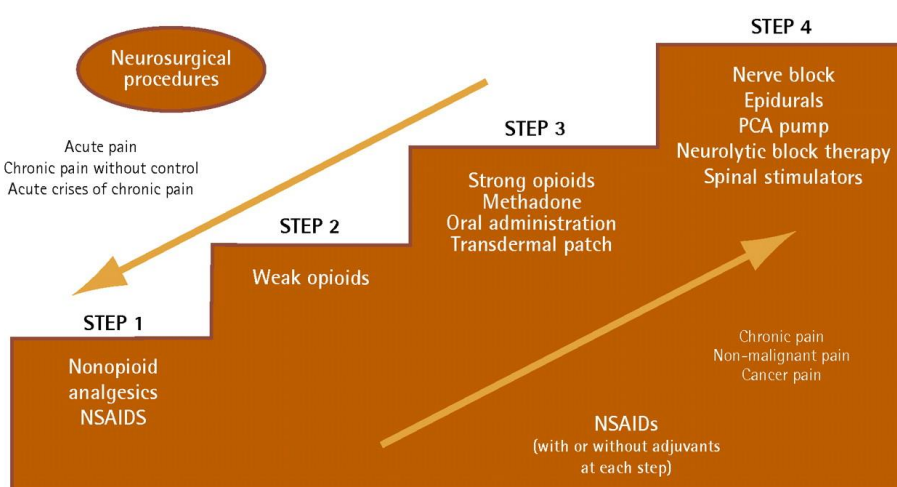
Trinn 2: Trinn to i smertetrappen omhandler kombinasjonspreparater og blir brukt ved vedvarende og økende smerter. I trinn to er det vanlig å kombinere ikke-opioide medikamenter som paracetamol med et svakt opioid. Eksempelvis er kodein og tramadol svake opioider som blir benyttet med paracetamol (Bjørgero, 2010).

Trinn 3: Trinn tre i smertetrappen omhandler bruken av sterke opioider og blir brukt ved vedvarende og økende smerter. I dette trinnet kan også paracetamol blir brukt som en grunndose sammen med de sterke opioidene. Bjørgero (2010) lister opp gruppen av de sterke opioidene som finnes i Norge, disse er morfin, fentanyl, oksykodon, hydromorfon, metadon og petidin. Både de sterke og svake opioidene binder seg til opioidreseptorer i sentralnervesystemet, og dermed hemmer de smerteoverføringen. Opioidene binder også endorfiner som medvirker til den smertehemmende prosessen i kroppen. Sterke opioider har best effekt på nociseptive smerter, mindre effekt på bensmerter, nervekompresjoner samt aktivitetsutløste smerter. Minst effekt ses ved nevrogene smerter (Bjørgero, 2010).

Trinn 4: Trinn fire i smertetrappen er hovedsaklig rettet mot to pasientgrupper. Den ene består av pasienter som ikke kan benytte seg av perorale medikamenter grunnet sykdommen eller behandlingen av den. Den andre gruppen består av pasienter hvor store doser medikamenter ikke kan benyttes peroralt grunnet ukontrollert smertesituasjon, og medikamentene gir store bivirkninger. I trinn fire blir derfor medikamenter gitt i form av smertepaster, subkutane eller intravenøse infusjoner eller via epidural kateter med smertepumpe som kontrollerer dosejusteringene. I dette trinnet av smertetrappen blir det også benyttet sterke opioider, og grunndoser av paracetamol (Bjørge, 2010).

Ved bruken av opioider må sykepleieren ha kunnskap om bivirkninger (Bjørge, 2010). En svært vanlig bivirkning av opioider er obstipasjon. I tillegg til obstipasjon er kvalme, oppkast og sedasjon svært vanlige bivirkninger ved bruken av opioider. Pasienten må informeres om hyppigheten av bivirkningene, samt ha en god dialog dersom om bivirkningene av medikamentene skulle bli verre enn den primære smerten (Nordøy, et al., 2012).

Figure 2. New adaptation of the analgesic ladder



NSAID—nonsteroidal anti-inflammatory drug, PCA—patient-controlled analgesia.

(Fig.2: New adaption of the analgesic ladder. Av Grisell Vargas-Schaffe.)

3.6 Sykepleieteori

Marit Kirkevold sier i sin bok: sykepleieteorier- Analyse og evaluering (2001) at sykepleieteori har som hensikt å definere hva sykepleie er eller hvordan det bør være. Hun beskriver videre ulike teorier som normer, med den hensikt å gi retningslinjer for hvordan man som sykepleier på best måte skal forstå og utøve sitt fag (Kirkevold, 2001).

3.6.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees sykepleieteori fokuserer på mellommenneskelige relasjoner. Hun legger vekt på at sykepleierens hovedfunksjon er å hjelpe enkeltmennesket og familien til å forebygge, mestre eller finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2011). Menneske-til-menneske-forholdet står sterkt i Travelbees sykepleieteori, hun mener at titler som sykepleier og pasient bør legges til side da dette kan medføre en stereotypisk rolleoppfatning. Hun mener at sykepleier og pasient bør oppfatte hverandre som unike individer og på denne måten opparbeide en relasjon. Sykepleieren kan da møte behovene til pasienten, og dermed oppfylle sin hensikt. Menneske til menneske forholdet er en prosess og blir benyttet som et middel for å kunne gi tilstrekkelig pleie til den syke. For å oppnå et slikt forhold beskriver Travelbee fem faser som sykepleier og pasient må igjennom. Det er først etter disse fem fasene at stereotypiske rolleoppfatninger er borte, og man oppfatter hverandre som gjensidig unike individer, hvor sykepleieren oppnår sitt formål med god pleie (Eide & Eide, 2008). Etter opparbeidelse av relasjon, vil sykepleieren kunne lese pasientens kroppsspråk og tolke non-verbal og verbal kommunikasjon, slik at hun får et bilde av pasientens ressurser og behov. Dermed kan hun iverksette nødvendige tiltak (Eide & Eide, 2008).

I den første fasen for opparbeidelse av et menneske til menneske forhold beskriver Travelbee (2011) det innledende møtet, hvor sykepleieren og pasienten møtes for første gang.

Sykepleieren så vel som pasienten, vil gjøre seg opp en mening om den andre, basert på førsteinntrykk og tidligere lignende erfaringer. Ut ifra de tankene og følelsene som vekkes, samt tolkning av verbal og non-verbal kommunikasjon vil det under det første møtet dannes antagelser om den andre.

Den andre fasen omhandler fremvekst av identiteter og de stereotypiske rolleoppfatningene legges mer til side. Signaler fra den andre oppfattes er på et mer personlig plan, og ut ifra dette begynner man å opparbeide en relasjon (Travelbee, 2011).

Videre har Travelbee (2011) kalt den tredje fasen for empatifasen. Den omhandler sykepleierens evne til å oppfatte hva pasienten tenker og føler, og dermed kunne forstå og ta del i pasientens psykologiske tilstand. Travelbee beskriver empati som en forutsetning for god sykepleie, da man evner å forstå pasienten samt forutsi hans reaksjoner. Sympati springer ut fra empatifasen og det foreligger her en trang til at sykepleieren skal kunne lindre pasientens lidelser. Travelbee beskriver sympati som den fjerde fasen, hun mener at sympati er en

holdning basert på sykepleierens personlige interesse ovenfor pasientens situasjon. Den sympatiske prosessen og sykepleierens følelse av trang til å hjelpe pasienten, bidrar til å styrke båndet mellom sykepleier og pasient som unike individer. Den siste fasen består av gjensidig forståelse og kontakt, som skal være det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 2011).

3.7 Palliasjon

Målet med utøvelsen av all pleie, omsorg og behandling er å sikre at pasienten og pårørende har best mulig livskvalitet. Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual” (World Health Organization- WHO).

Lindring kan beskrives som en aktiv behandlingsform hvor man som sykepleier utøver pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom eller lidelse (Aass et al., 2013).

Hovedfokuset ved palliativ behandling er å lindre pasientens fysiske smerte og samtidig ha fokus på symptomlindring. For å oppnå god palliativ behandling er det viktig med en bred tilnærming til pasienten. I mange tilfeller vil det være nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å oppnå dette, det tverrfaglige samarbeidet i den palliative fasen blir ofte omtalt som «palliativt team» (Rønning, et al., 2007).

3.8 Palliativt team

Pasienter som er i den palliative fasen av sin sykdom, der all kurativ behandling er avsluttet, vil i løpet av livets siste fase oppleve mange plager og symptomer av forskjellige årsaker (Haugen, Jordhøy, & Hjermstad, 2007). Pasienten er ofte veldig dårlig og sykdomsbildet kan forandre seg raskt. God behandling i denne fasen krever god kunnskap både i forhold til pleie og medisinsk kompetanse. Behandlingen av palliative pasienter er bred og strekker seg på tvers av faggrupper, hos den hjemmeboende cancerpasienten vil det også dreie seg om pleie og behandling på tvers av kommunale og statlige-tjenester (Haugen et al., 2007). For å utøve

best mulig pleie til pasienten vil det i mange tilfeller være nødvendig å opprette et palliativt team. Dette teamet har som hensikt og på best mulig måte dekke alle behov pasienten måtte ha, for å kunne føle seg verdsatt og godt ivaretatt i den palliative fasen. Samarbeidet stiller krav til at involverte parter på tvers av faggrenser har et godt samarbeid, god kommunikasjon og kan holde hverandre oppdatert på områder som gjelder pasienten (Anvik, 1996).

Det finnes normer eller retningslinjer for hvilke faktorer de ulike aktørene i det palliative teamet skal dekke, etter eksempel fra Stein Kaasas bok, palliasjon (2007), er disse:

- Kartlegging av symptomer og behov
- Generell symptomlindring
- Informasjon
- Pårørende
- Terminal pleie
- Sorgarbeid og oppfølging av etterlatte
- Dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene

(Haugen et al., 2007).

Hos den hjemmeboende pasienten vil det være primærlege som har hovedansvaret for den medikamentelle behandlingen og oppfølgingen av pasienten (Rønning et al., 2007). Når pasienten bor hjemme vil det være fastlege i samarbeid med hjemmesykepleien som har hovedansvaret for å koordinere de tjenestene som pasienten trenger for å oppfylle de overnevnte kriterier. Det vil være sykepleierne som har det døgntkontinuerlige oppfølgings-, observasjons-, og dokumentasjonsansvaret. Det er viktig at det er jevnlig møter med alle involverte parter for å diskutere den videre behandlingen. Pasienten vil kunne ha nytte av hjelp fra andre instanser for å kunne leve så godt som mulig, det vil derfor kunne bli nødvendig å trekke inn fysioterapeut, ergoterapeut, prest, sosionom og den avdelingen på sykehuset hvor pasienten tilhører (Haugen et al., 2007).

Pasientene som mottar helsehjelp har rett til helhetlig behandling, som bygger på tverrfaglig samarbeid og kontinuitet. Dersom et tverrfaglig samarbeid blir opprettet tidlig i behandlingsforløpet vil det være lett for sykepleieren å kontakte aktuelt helsepersonell der egen kompetanse ikke lenger er tilstrekkelig (Fjørtoft, 2012). NOU 2005:3- Fra stykkevis til

helt, påpeker at det er svært viktig med et godt tverrfaglig samarbeid i behandlingen av hjemmeboende cancerpasienter.

3.9 Yrkesetiske Retningslinjer

I Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere, heter det seg at målet med utøvelse av sykepleie er at man skal jobbe helsefremmende, forebyggende samt bidra til en verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Som sykepleier er det mange etiske spørsmål og vurderinger man må ta stilling til, i forbindelse med utøvelsen av faget. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) fungerer som en rettesnor i den daglige utøvelsen av sykepleie. I disse retningslinjene står det skrevet at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Hver enkelt sykepleier har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, kjenne sin kompetanse og arbeide innenfor disse rammene. Det er sykepleierens eget ansvar å søke hjelp og veiledning hvor egen kompetanse ikke strekker til (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.10 Trygghet og hjemmebasert omsorg

Begrepet hjemmebasert omsorg betegner all pleie og omsorg som blir gitt i den enkeltes hjem, uavhengig om det er sykepleier eller annet helsepersonell som utfører tjenesten (Fjørtoft, 2012). Mer relevant for vår oppgave er definisjonen som fremkommer hos Norsk forening for palliativ medisin, standard i palliasjon: «Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet» (Engstrand, et al., 2004, s.32). Med dette menes at hjemmebasert omsorg har ansvaret for at pasient får de tjenestene han har krav på og behov for, samt at tjenestene blir koordinert og organisert rundt dette.

I hjemmebasert omsorg er det sykepleieren som har den daglige kontakten med pasienten, og dermed har ansvaret for at den behandlingen som utøves er faglig forsvarlig (Fjørtoft, 2012). En av de overordnede oppgavene til sykepleieren er å vurdere pasientens behov for bistand, og observere om behandlingen som blir gitt er tilstrekkelig for å dekke pasientens grunnleggende

behov (Fjørtoft, 2012). For at den palliative pasienten kan være hjemme med hjelp av hjemmebasert omsorg, forutsetter dette god faglig kompetanse hos sykepleierne (Rønning et al., 2007). Ordet trygghet blir brukt i to forskjellige sammenhenger, som en sinnsstemning (å forholde seg rolig, sikker og ubekymret), og om sikkerhet (Fjørtoft, 2012). I omsorgen jobbes det med begge disse aspektene, det skal være trygt og forsvarlig for pasienten å bo hjemme og pasienten skal oppleve det trygt (Fjørtoft, 2012).

Hjemmet ses ofte som en arena for trygghet, hvor pasienten befinner seg i kjente omgivelser. Da pasienten befinner seg i trygge og kjente omgivelser, bidrar dette til å opparbeide en relasjon mellom sykepleier og pasient. For å kunne bygge opp en slik relasjon i hjemmebasert omsorg, er det viktig med kontinuitet (Rønning et al., 2007). For å opprettholde kontinuitet er det en fordel å benytte seg av primærsykepleie modellen, hvor en sykepleier har hovedansvaret for behandling og oppfølging av pasienten. Dette vil også bidra til relasjonsbygging og en opplevelse av trygghet for pasienten (Rønning et al., 2007).

3.11 Sykepleieprosessen

Sykepleierens observasjoner og tiltak skal dokumenteres godt og være tilgjengelig for alle som utøver pleie og omsorg for den enkelte pasient, på denne måten legger man til rette for en helhetlig, individuell og kontinuerlig sykepleie (Solhaug & Rotegård, 2011). Viktigheten av dokumentasjon og observasjon kan man se helt tilbake til Florence Nightingale sin tid (Karoliussen, 2011). Nightingale beskrev gode kunnskaper, observasjoner og selvstendig handling i form av iverksettelse av tiltak som viktig for helhetlig pleie til pasienten (Karoliussen, 2011). En slik måte å jobbe på kalles sykepleieprosessen, denne er utformet med den hensikt og kunne hjelpe sykepleieren til å jobbe systematisk, målrettet og metodisk mot et individualisert pleie og omsorgstilbud av god kvalitet. Sykepleieprosessen deles inn i fem faser:

Datasamling: Sykepleieren innhenter her bakgrunnsinformasjon om pasienten og kartlegger hvilke behov og ressurser han har.

Diagnostisering: Ut ifra kartleggingen av pasientens ressurser og behov vil det foreligge problemområder som faller inn under sykepleierens ansvarsområde, disse formuleres til sykepleiediagnoser som utgjør grunnlaget for neste punkt.

Planlegging: Ut ifra sykepleiediagnosene skal det opprettes hensiktsmessige mål for pasienten.

Implementering: Implementeringsfasen innebærer å komme frem til hvilke tiltak man skal gjennomføre for å oppnå de målene sykepleieren har satt i samråd med pasienten. Det er viktig at man definerer hvem som skal gjennomføre tiltakene og hvordan de skal gjennomføres.

Evaluerings: Tiltakene skal evalueres etter en periode for å se om det må gjøres endringer. Alle punkter og faser i sykepleieprosessen skal dokumenteres og være tilgjengelige for alle som er involverte i behandlingen av pasienten (Solhaug & Rotegård, 2011).

3.12 Den gode samtalen

Den gode samtalen skal ha pasientrettet fokus, hvor formålet er å skape trygghet og tillitt (Eide & Eide, 2008). Travelbee (2011) sine fem faser for å oppnå ett menneske til menneske forhold, bør ligge til grunn slik at sykepleier og pasient allerede har en opparbeidet relasjon. Verdien av den gode samtalen kan bidra til pasienten mestrer sin livssituasjon på best mulig måte. I hjemmesykepleien er ofte tidspresstet stort, og det er ikke noe vedtak på at sykepleieren skal ha «den gode samtalen» med pasientene (Fjørtoft, 2012). Å samtale med pasienten trenger ikke nødvendigvis å ta lang tid, men kan være av stor betydning. Det kan bidra til en opplevelse av trygghet for pasienten, da sykepleieren viser tid og engasjerer seg i hvordan pasienten opplever sin situasjon (Fjørtoft, 2012).

Samtalen skal føres etter pasientens premisser, hvor sykepleieren kan være en pådriver til å starte samtalen dersom pasienten gir uttrykk for at han ønsker dette (Fjørtoft, 2012). Alle er forskjellige, det vil derfor være nødvendig å tilpasse samtalen etter pasientens premisser og behov. Eide & Eide (2008) trekker frem flere aspekter ved hjelpende kommunikasjon som kan bidra til den gode samtalen. Disse aspektene kan overordnet beskrives som hjelpende, støttende og problemløsende.

I første omgang handler det om evnen til å lytte til den andre, og tolkning av verbal og non-verbal kommunikasjon, og ut ifra dette legger man grunnlaget for en god relasjon.

Sykepleieren må tilrettelegge for at pasientens behov og ønsker som kommer frem i samtalen skal bli oppfylt. Dette gjøres ved å trekke frem pasientens egne ressurser og muligheter. I en slik samtale må sykepleieren forholde seg åpen, og være forberedt på å møte pasientens følelser, både gode og vonde. Gjennom en slik strukturert samtale kan sykepleieren og

pasienten, i fellesskap, komme frem til gode løsninger på spørsmål og problemer som måtte dukke opp (Eide & Eide, 2008).

4.0 «Hvordan kan sykepleiere lindre smerte for å skape trygghet hos den hjemmeboende lungecancerpasienten i palliativ fase?»

I drøftningskapittelet skal vi søke å finne svar på problemstillingen. Vi vil belyse problemstillingen opp mot presentert teori, forskning og egne erfaringer. Joyce Travelbee sin teori om menneske til menneske forhold blir anvendt for at pasienten skal oppleve trygghet og tillit. Det blir reist spørsmål ut fra aktuelle temaområder innenfor problemstillingen.

Øyunn Granerud (2012) Skriver at «når livet har fått sin begrensning i tid blir sentrale spørsmål: hva er viktig i tiden jeg har igjen? Hvor vil jeg være, hvor vil jeg dø?» I vår oppgave fokuserer vi på den hjemmeboende palliative lungecancer pasienten i sen fase. Når pasienter ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i eget hjem, blir det hjemmesykepleierens ansvar i samråd med det palliative teamet å tilrettelegge for god, trygg, helhetlig og kompetent oppfølging (Granerud, 2012). I vår oppgave vil dette vil si å bidra til smertelindring for å skape trygghet i eget hjem.

4.1 Trygge rammer i hjemmebasert omsorg

Et av de grunnleggende premissene ved palliativ behandling, er at pasienten skal få bo hjemme så lenge dette er ønskelig (Rosland et al.,1999). Kommunehelsetjenesten har da ansvaret for den pleie, behandling og omsorg som blir gitt (Rosland et al.,1999). Hvor hjemmebasert omsorg skal jobbe mot at pasienten skal oppleve trygghet i eget hjem (Fjørtoft, 2012). En forutsetning er at sykepleieren i hjemmebasert omsorg har kompetanse og kan tilrettelegge for trygge rammer i hjemmet.

Gjennom vår jobb i hjemmebasert omsorg har vi erfart at hverdagen er preget av mange vikarer, noe som gjør det vanskelig å opprettholde god kontinuitet. Vi har i den anledning reist spørsmålet: Hvordan kan man oppnå tillit og trygghet hos pasienten når det til stadighet er forskjellige helsepersonell som kommer?

I en situasjon hvor all kurativ behandling er avsluttet vil det som nevnt tidligere i oppgaven være symptomlindring som står i fokus. Pasienten vil i den palliative fasen være preget av

mye usikkerhet (Hoel & Lynes, 2010). Det vil da være en fordel å ha en eller noen få faste sykepleiere å forholde seg til, slik at han slipper å underrette flere personer om sin situasjon, da dette kan medføre en ekstra belastning. Klarer man og opprettholde en slik kontinuitet ved hjelp av primærsykepleie modellen, vil dette bidra til å gi pasienten en følelse av trygghet (Hoel & Lynes, 2010).

Joice Travelbee poengterer viktigheten med et godt første møte, i dette møtet vil sykepleiern observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om pasienten, samtidig som pasienten gjør det samme tilbake. Det er viktig at sykepleieren gjør et godt inntrykk og på den måten oppfyller pasientens behov for respekt og annerkjennelse (Travelbee, 2001). Travelbee påpeker viktigheten av å se personen som et menneske og ikke en pasient. Dersom dette oppnås vil det være lettere å oppleve den syke som et menneskelig individ og sette seg inn i hans situasjon.

Ut ifra dette tror vi at løsningen på spørsmålet vi reiste kan være å opprette en primærsykepleier som har hovedansvaret for behandling og oppfølging av pasienten, spesielt i oppstartfasen. Vi har erfart at ved å benytte primærsykepleier i hjemmebasert omsorg har dette ført til at pasienten har følt seg bedre ivaretatt og gitt han en følelse av trygghet. Rønning et al., (2007) beskriver primærsykepleie modellen som en viktig faktor for å skape en relasjon, bidra til kontinuitet og gi pasienten en følelse av trygghet.

Primærsykepleieren kan nyttiggjøre seg av Travelbees fem faser, for å opprette et menneske til menneske forholde. Travelbee (2011) hevder at fasene er nødvendig å gjennomgå for at sykepleieren skal oppnå sitt formål med helhetlig pleie. Når sykepleier og pasient oppfatter hverandre som gjensidig unike individer, vil sykepleieren lettere få kartlagt pasienten og hans resurser, og opprette gode rutiner for behandlingen (Travelbee, 2011). Gjennom sykepleieprosessen vil sykepleieren kunne opprette tiltak, mål og prosedyrer ut ifra de observasjoner og kartlegginger som ble gjort ved det første møtet. Dette vil hjelpe annet helsepersonell i å yte god pleie og omsorg til pasienten, og dermed gi han en følelse av trygghet (Solhaug & Rotegård, 2011).

4.2 Palliativt team

Palliativt team legger grunnlaget for helhetlig omsorg til pasienten, og det er ofte sykepleier og fastlegens oppgave å koordinere det palliative teamet (Haugen et al., 2007). Grunnleggende i et slikt samarbeid er at pasienten alltid skal være i fokus. Alle parter må ha gjensidig respekt for hverandre, ta ansvar, ha tillit og være åpne. Ved et velfungerende samarbeid vil pasienten oppleve tillit ovenfor behandlerne, samt føle seg trygg på å tilbringe tid i eget hjem (Rønning et al., 2007).

I samtale med kreftsykepleier i kommunen kom det frem at kreftsykepleieren i tillegg til å koordinere tjenester, har en veiledende funksjon. Hun skal tre inn å undervise sykepleiere i hjemmebasert omsorg ved behov. Hun fortalte at dette ofte gjaldt opplæring av medisinsk teknisk utstyr, nye behandlings alternativer og undervisning i forhold til tiltak rettet mot spesifikke cancersykdommer.

Gjennom praksis i hjemmebasert omsorg har vi både positive og negative erfaringer med palliativt team. Vi har opplevd sviktende kommunikasjon mellom ulike bidragsytere, vilket har medført at pasienten ikke har fått den pleie og omsorg han har hatt krav på. Vi har også positive erfaringer med et slikt samarbeid. Vi opplevde et samarbeid hvor alle de overnevnte faktorene var tilstede. De aktuelle partene hadde et godt samarbeid basert på kommunikasjon og respekt. Hvor de jobbet mot at pasienten skulle oppleve helhetlig pleie og omsorg. Pasienten fikk være med på å ta avgjørelser vedrørende behandlingen, fikk nødvendig tilpasset informasjon og fikk ytre sine meninger, dette i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Noe som medførte at pasienten opplevde tillit og trygghet.

4.3 Smertekartlegging

Sykepleieren må evne å se, kommunisere og lytte til pasienten, samt se de behovene pasienten har, uten at dette blir verbalt formidlet (Mathisen, 2011). Det er da viktig at sykepleieren observerer systematisk og bruker kunnskaper, ferdigheter og evner. Ved å anvende et klinisk blikk, vil sykepleieren kunne se pasientens fysiologiske tegn på smerte, slik som klam hud, økt puls, endret respirasjonsfrekvens og at han er anspent i kroppen (Holter & Mekki, 2011). Gjennom en slik systematisk observasjon kan sykepleieren slutte seg til at det foreligger ett

behov hos pasienten, og dermed tolke det helhetlige inntrykket. Deretter formidle sin observasjoner til pasienten slik at han har mulighet til å bekrefte/avkrefte. Sykepleieren avgjør deretter om pasientens behov faller under hennes ansvarsområde, eller om hun må henvise til de aktuelle aktørene i det palliative teamet (Travelbee, 2011). Ved en systematisk observasjon vil hun kunne kartlegge, opprette tiltak og evaluere helheten av pasientens sammensatte behov (Travelbee, 2011).

For å kunne gjennomføre en tilstrekkelig god smertekartlegging, er det viktig at sykepleieren kjenner pasienten godt. Hvilket vil si at sykepleieren allerede fra det første møtet må ha opprettet en god relasjon til pasienten, og med dette ha skapt tillit og trygghet til hverandre. Ved å ha en god relasjon vil det gjøre det lettere for sykepleieren å forstå hva pasienten forsøker å formidle både ved verbal og non-verbal kommunikasjon. Sykepleieren kan da lese pasientens ansiktsuttrykk, holdninger, adferd og kroppsspråk. Ved hjelp av denne kjennskapen vil dette bidra til at sykepleieren oppfyller sin hensikt med å ivareta behovene til pasienten (Travelbee, 2011).

Kartlegging av smerter er selve fundamentet innenfor god smertelindring (Kaasa, 2007). Gjennom god kartlegging innhenter sykepleieren opplysninger om pasientens opplevelse av smerte. Det vil si smertens lokalisasjon, smertetype, intensitet og tidsaspekt. Før avgjørelsen av hvilken type medikamentell behandling pasienten skal benytte for sine smerter, er det viktig å kartlegge bakgrunnen for smertene (Bjørger, 2010). Ved at sykepleieren har nødvendige kunnskaper om smertefysiologi og normal sykdomsprogresjon vil dette gi en for forståelse av om smertene er nosiceptive eller nevropatiske. Infiltrasjon av pleura vil gi visceral smerte som oppleves som klemmende og diffus. Metastaser i skjellett er den typen metastaser som oftest gir smerter, henholdsvis nociseptiv. Smerten fra skjellettmetastaser beskrives som verkende, skarp og lett lokalisierbar. Skjellettmetastaser lokalisert til columna vil kunne gi nevropatiske smerter (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

70-80 % av cancerpasienter opplever smerter (Chang, et al., 2005). Disse smertene er i ca. 70 % av tilfellene forårsaket av grunnsykdommen (Bjørger, 2010). Ettersom sykdommen progredierer vil ofte metastaser bidra til å forverre den fysiske smerten. I tillegg til å ha kjennskap til vanlige symptomer, må sykepleieren ha kunnskap om normal

sykdomsprogresjon, metastasering samt ulike smertetyper. Dette grunnet at smertetypene vil variere utifra hvor metastasene er lokalisert (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

For å kartlegge bakgrunnen til smertene kan sykepleieren benytte seg av kartleggingsverktøy slik som ESAS og VAS i kombinasjon med den gode samtalen. Bruken av VAS vil bidra til å konkretisere og få et bilde av den fysiske smerten som pasienten opplever her og nå, mens ESAS er mer utfyllende i forhold til den fysiske og den psykiske smerten (Bjørgero, 2010). ESAS vil gi sykepleieren et mer helhetlig bilde av hvordan pasienten føler seg. ESAS skjemaet har ti spørsmål rettet mot symptomer som munntørhet, smerter i ro og bevegelse, slapphet, kvalme, matlyst, angst og uro, trist og deprimert (Kaasa & Loge, 2007). Den palliative lungecancerpasienten har et sammensatt sykdomsbilde, og kan ha symptomer fra primærtumor, metastasering og behandling (Hoel & Lynes, 2010). Symptombildet til lungecancerpasienten kan forandre seg fra dag til dag, dette gjenspeiler seg i ESAS skjemaet. På dager pasienten er spesielt plaget av dyspnè, kan det gi negative utslag på følelsen av angst, tungpust og slapphet. På dager hvor fysisk smerte er hovedsymptomet, kan det andre utslag på et ESAS skjema. Av denne grunn mener vi det er viktig å benytte seg av ESAS jevnlig, og supplimentere med den gode samtalen. I følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2013) bør alle palliative pasienter kartlegges med ESAS regelmessig. Dette på bakgrunn av at det er ønskelig å få frem pasientens opplevelse av sin situasjon samt kartlegge symptomer, og evaluere effekt av tiltak. Ved å benytte den gode samtalen som et supplement til smertekartlegging, vil det gi pasienten mulighet til å beskrive sin opplevelse av smerte, samt forklare hva han tror er årsak. Pasienten kan sammen med sykepleier komme frem til eventuelle tiltak for behandling av smertene (Eide & Eide, 2008).

Vi mener at ved å benytte oss av de tre overnevnte kartleggingsverktøyene, vil dette bidra til et optimalt bilde av smertene til pasienten. Dette grunnet at man får konkretisert de fysiske smertene, kartlagt symptomer samt hatt en samtale med pasienten om hva han føler angående sitt smertebilde (Kaasa, 2007).

I praksis har vi opplevd bruken av disse verktøyene for å kartlegge smertene til en palliativ pasient. Vi har sett at enkelte pasienter synes VAS var enkel og oversiktlig å bruke, men var noe usikker på hvor vondt han faktisk hadde, når det kom til å konkretisere smertene. Som vi

har nevnt er smerter en subjektiv følelse, noe som kan gjøre det vanskelig å tallfeste den (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Ved bruken av ESAS syns pasienten dette var et enkelt og oversiktlig skjema som hans syns dekket mange av hans symptomer. Dette støttes av studien til Baba, Fransson, & Lindh (2007), hvor pasienten syns ESAS var oversiktlig og dekket store deler av symptombildet. Et problemområde vi likevel har sett ved bruken av ESAS er at sykepleieren syns det tar for lang tid, og ikke tar seg tid til å fylle ut skjemaet i samråd med pasienten. Grunnen til dette kan være tidspresset sykepleiere i hjemmebasert omsorg opplever. Sykepleiere i hjemmebasert omsorg jobber ofte etter «stoppeklokke», hvor effektivitet blir målt i antall pasienter (Fjørtoft, 2012). Et annet problemområde vi har lagt merke til når ESAS blir fylt ut i samråd med sykepleier, er at pasienten ofte blir «usikker» på sine smerter og plager, og dermed spør sykepleieren om hva hun tror og mener om hans symptombylde. Grunnen til dette kan være at individer søker hjelp hos sykepleieren, da de antas å kunne tilby nødvendig helsehjelp (Travelbee, 2011). Sykepleieren kan ikke «bestemme» hvor sterke smerter og symptomer pasienten har, men kan veilede pasienten slik at han bedre kan svare på dette selv. Travelbee (2011) mener at sykepleieren alltid skal hjelpe andre, og den hjelpen som blir tilbudt kan være både direkte og indirekte. Sykepleieren kan ut ifra sine observasjoner bistå pasienten med å sette ord på sin opplevelse av smerte.

4.4 Sykepleierens kunnskap i møte med den palliative lungecancer pasienten

Vi mener at for å oppnå tilfredsstillende smertelindring, er det viktig med gode kunnskaper hos sykepleierne som har den daglige kontakten med pasienten.

Dersom sykepleieren ikke innehar gode grunnleggende kunnskaper innenfor klinisk sykepleie, blir det svært vanskelig å oppnå god pleie og omsorg. Ved at sykepleieren er trygg på seg selv og sin kunnskap, vil dette bidra til opparbeidelse av et tillitsforhold til pasienten. Med dette mener vi at dersom sykepleieren ikke innehar disse kunnskapene, vil det bli vanskelig å gjøre gode og helhetlige observasjoner som skal ligge til grunn for pleien. Travelbee (2011) påpeker viktigheten av at sykepleieren kjenner og er trygg på seg selv og sin kunnskap, før hun møter nye pasienter og deres behov.

Forskning viser til at mange pasienter som ønsker å dø hjemme, men frykter at de ikke skal få tilstrekkelig med hjelp (Landmark et al., 2012). Vi tror dette skyldes at pasienten frykter manglende kunnskaper hos sykepleierene i hjemmebasert omsorg. Ved at pasienter skal kunne på tilbringe livets siste fase i hjemmet krever dette kompetanse, egeninnsikt og trygghet hos sykepleierene. Sykepleieren må inneha medisinske og sykepleiefaglige ferdigheter samt god observasjonskompetanse (Landmark et al., 2012). Rønning et al., (2007) beskriver de overnevnte kunnskapene, i tillegg til instrumentelle ferdigheter, som grunnsteiner innenfor palliativ pleie. Videre må sykepleieren ha gode kunnskaper og ferdigheter i kartlegging, dokumentasjon og evaluering av pasientens symptomer og behov. Hun må ha kjennskap til normal sykdomsprogresjon for å jobbe strategisk og forebyggende (Aass et al., 2013). Tross at det finnes krav til at sykepleiere skal ha de overnevnte kunnskapene, viser forskning til manglende ferdigheter innenfor de overnevnte punktene. Chang, et al., (2005) viser til en sammenligning hvor alle kontinenter er representert, og trekker frem fem felles punkter som omhandler manglende kunnskaper hos sykepleiere innenfor smertelindring. Punktene omhandler missforståelse angående medikamenter og deres bivirkninger, manglende kunnskap og praktiske ferdigheter innenfor smertelindring, da spesielt administrering av opioider, frykt for avhengighet, utvikling av toleranse samt feilvurderinger og manglende kartlegging av pasientens smerter.

Lungecancer pasienter opplever ofte symptomer som hoste, hemoptyse, heshet, dyspnè samt residiverende nedre luftveisinfeksjoner (Bremnes et al., 2012).

Vedvarende røyking gir ofte tilsvarende symptomer som de nevnt over, lungecancer er i 90-95 % av tilfellene forårsaket av røyking (Bremnes et al., 2012). Det kan derfor tenkes at pasienten er vant med disse symptomene før han fikk påvist lungecancer (Brunsvig, 2010).

Sykepleieren må derfor inneha kunnskaper om de vanligste og mest fremtredende symptomene samt normal sykdomsprogresjon. Dersom hun innehar denne kunnskapen vil hun kunne se endringer og avvik fra normal progresjon (Hoel & Lynes, 2010).

Lungecancer pasienter opplever ofte dyspnè, som kan være utløst av primær sykdommen, metastaser, pleuravæske, obstruksjon av luftveiene og fysisk smerte (Sæteren, 2010). Dyspnè er en ubehagelig følelse av å ikke få tilstrekkelig med luft (Hoel & Lynes, 2010). Utrygghet, redsel og angst kan forsterke følelsen av å ikke få puste, sykepleieren har da en viktig rolle i å skape trygghet samt å dempe angstfølelsen. Da dyspnè kan opptre hyppig hos lungecancer

pasienten, mener vi det er viktig at sykepleieren har kunnskaper om tiltak rettet mot å forebygge og redusere opplevelsen av dyspnè. Ut ifra resultatene i Landmark et al., (2012) sin studie tror vi likevel at pasientene kan oppleve å ikke få tilstrekkelig hjelp på dette området.

I studien til Landmark et al., (2012) om kompetanse i hjemmebasert omsorg rettet mot palliative pasienter, viser resultatene at ca.33% av sykepleierene fra hjemmebasert omsorg bedømmer sin kompetanse som mangelfull. I tillegg vises det til at ingen av sykepleierene bedømmer sin kompetanse som god eller meget god. Ifølge denne studien vises det at kompetansenivået er det samme mellom sykepleiere og helsefagarbeidere. Vi mener dette funnet er skremmende, da sykepleieren har hovedansvaret for den palliative pasienten. Med dette mener vi at sykepleiere bør ha en bredere kunnskap innenfor pleie og omsorg. Fjørtoft (2012) skriver at sykepleieren skal vurdere pasientens behov og observere om behandlingen som blir gitt er tilstrekkelig for å dekke disse behovene. Videre står det i Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (2011) at hver enkelt sykepleier har ansvar for å søke hjelp dersom egen kompetanse ikke strekker til. Det er derfor viktig med et velfungerende palliativt team hvor man kan søke råd hos akutte samarbeidspartnere.

4.5 Sykepleieprosessen

Etter grundig kartlegging, kan sykepleier iverksette nødvendige tiltak for å lindre smerte. Deretter blir tiltakene eventuelt justert for å gjøre de mer hensiktsmessige for pasienten (McCaffery & Beebe, 1996). I følge Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2013) stilles det krav til at sykepleiere som jobber med palliative pasienter skal kunne kartlegge, observere, dokumentere og evaluere på en systematisk og oppdatert måte. Det vil si å benytte seg av sykepleieprosessen, for å legge til rette for helhetlig, individuell og kontinuerlig sykepleie (Solhaug & Rotegård, 2011). Videre står det poengtert i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (2013) at man skal ha kunnskaper om smerte og symptomlindrende behandling.

Studien til Chang, et al., (2005) viser til at sykepleiere skal ha kunnskap om de forskjellige fasene i sykepleieprosessen, i likhet med det Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen påpeker. De trekker frem at sykepleiere har ansvaret for kartlegging og

observasjon av pasientens smerter, men at de ofte har manglende kunnskaper i bruken av kartleggingsverktøy.

For å forsikre seg om optimal smertelindring hos pasienten er det viktig med jevnlig evaluering av behandlingen. I denne oppgaven kan problemstillingen ses på som et mål i en sykepleieprosess, altså : at pasienten skal være tilfredsstillende smertelindret gjennom hele døgnet. For å evaluere om målet er nådd, må sykepleieren lytte til pasienten og hans opplevelse av smerte. Har han smerter? På hvilken tid av døgnet er smerten verst? Smerte er en subjektiv følelse, hvor det kun er pasienten som kan besvare spørsmålene knyttet opp mot eget smertebilde. Dersom målene for smertelindring ikke er tilfredsstillende nådd, må tiltakene justeres. Om sykepleieren observerer at pasienten ikke er smertelindret, må dette evalueres i samråd med lege. Sykepleieren legger frem dokumentasjon og sine observasjoner om pasientens smertebilde og legen tar avgjørelsen om eventuelle dosejusteringer eller rotering av medikamenter (Rønning et al., 2007).

I praksis har vi erfart viktigheten av god dokumentasjon og kartlegging. Dokumentasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren kan benytte seg av, for å sikre kvalitet og kontinuitet i hjemmebasert omsorg (Fjørtoft, 2012). God dokumentasjon vil bidra til å sikre individuell og kvalitetssikret pleie til pasienten (Fjørtoft, 2012). Helsepersonell er pliktig til å dokumentere den helsehjelp som er gitt, og det skal være lett å forstå av andre samarbeidsaktører (Helsepersonelloven, 1999). Ved at sykepleieren har gjort en grundig dokumentasjon gjennom hele sykdomsforløpet, gjør dette det enklere for andre samarbeidspartnere og sykepleieren selv og se tilbake på tidligere tiltak, evalueringer og behandlingsmetoder. Eksempelvis kan man gå tilbake å se på effekten av medikamenter pasienten har forsøkt tidligere og utviklingen av sykdommen. Kreftsykepleier i kommunen bekreftet viktigheten av god dokumentasjon, da dette gjorde det lett å holde seg oppdatert på den aktuelle pasienten, samt hva andre samarbeidsaktører hadde utført i forhold til tiltak.

4.6 Medikamentell behandling

WHO har utviklet en smertetrapp for standardisering av smertebehandling til palliative pasienter. Vi tar utgangspunkt i at pasienten i vår oppgave er på trinn tre, og dermed benytter

seg av sterke opioider, med muligheter for bruken av NSAID preparater som grunn dose (Bjørge, 2010). Sykepleieren må ha kunnskap slik at tiltak kan iverksettes dersom pasienten ikke blir tilfredsstillende smertelindret på dette trinnet (Bjørge, 2010). Ved inadekvat smertelindring må det vurderes eventuell rotasjon av medikamenter eller dosejusteringer. I tilfeller hvor sterke bivirkninger eller utvikling av sykdommen fører til kvalme og oppkast, eller det oppstår andre faktorer som gjør at pasienten ikke lenger har effekt av- eller klarer å innta medikamentet peroralt, skal man vurdere trinn fire i trappen (Bjørge, 2010).

For å smertelindre må sykepleieren blant annet ha kunnskap om smertefysiologi innenfor de ulike smertetyper (Kaasa, 2007). Sykepleieren må inneha denne kunnskapen for å observere og videreformidle sine observasjoner til lege (Rønning et al., 2007). Metastases lokalisasjon har betydning for hvilken smertetype pasienten opplever, som igjen avgjør hvilken medikamentell behandling som er aktuell. De nociseptive og viscerale smertene responderer ofte godt på både ikke-opioide og opioide analgetika, ved nevrologiske smerter viser opioider lite effekt, selv ved høye doser. Ved slike smerter kan det være aktuelt å benytte seg av adjuvante analgetika slik som antidepressiva og glukokortikoider (Bjørge, 2010). I følge WHO kan adjuvante analgetika benyttes som et supplement i alle trinn.

Sykepleieren trenger kunnskap om medikamentenes virkning og bivirkning for å kunne informere pasienten ved oppstart av medikamentell behandling (Bjørge, 2010).

Vi tror at dersom sykepleieren utstråler trygghet i sin kunnskap om medikamenter, vil det kunne bidra til en følelse av trygghet hos pasienten, og at han føler seg ivaretatt. Studien til Røgenes, Moen, & Grov (2013) trekker frem viktigheten av at sykepleieren er trygg på seg selv og sin kunnskap i møte med pasienten, da dette vil bidra til opparbeidelse av en relasjon og gi en følelse av trygghet. Videre peker de på viktigheten av at sykepleieren viser faglig trygghet og kunnskap om symptomlindring for å kunne kartlegge og observere (Røgenes et al., 2013).

Det er vist at sykepleiere har for liten kunnskap om den medikamentelle smertelindringen av cancerpasienter, noe som medfører at mange opplever at de er inadekvat smertelindret (Valeberg et al., 2010). Forskning viser til at sykepleierens vurderinger og dokumentasjon ofte utgjør grunnlaget for legens beslutninger og forordninger av medikamenter. I tilfeller hvor

pasienter oppleves inadekvat smertelindret kan dette knyttes opp mot utilstrekkelig smertekartlegging og rapportering fra sykepleieren (Wallerstedt & Andershed, 2007).

Chang, et al., (2005) presenterer i sin forskning at opioider er de vanligste medikamentene ved moderate til sterke smerter. Det blir trukket frem noen ulemper ved bruken av opioider, bland annet at pasienten ikke får tilstrekkelig høy dose for å bli smertelindret, ettersom sykepleierene frykter å gi for mye da de har for liten kunnskap om medikamentet. Videre trekker de frem at sykepleiere mangler opplæring i bruken av opioider (Chang, et al., 2005).

Forskning viser til viktigheten av bred kunnskap om medikamenter i forbindelse med smertelindring hos den palliative pasienten (Wootton, 2004). De mest brukte opioidene ved cancerrelaterte smerter er morfin, fentanyl og oxycodone (Aass et al., 2013). Det er viktig å ha kjennskap til at det finnes alternative medikamenter som kan gagne pasienten bedre enn morfin. Metadon og ketamin blir trukket frem som gode alternativer (Wootton, 2004).

I praksis i hjemmebasert omsorg har vi erfart at sykepleiere, til tross for lang erfaring, frykter det å gi sterke opioider som Morfin, grunnet manglende kunnskap. I studien til Valeberg et al., (2010) kommer det frem at sykepleiere mangler kunnskap om ulike medikamenter, og er redd for å ikke mestre bivirkningene av disse, slik som respirasjonsdepresjon. Hvordan kan sykepleiere evaluere virkningene og bivirkningene av medikamentene pasienten mottar, uten tilstrekkelig kunnskap? Det er viktig at sykepleieren tilegner seg kunnskaper om medikamentene pasienten anvender. I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det at det er sykepleierens eget ansvar å holde seg faglig oppdatert og søke hjelp der egne kunnskaper ikke strekker til.

Pasienter kan ha barrierer mot bruken av sterke opioider. Forskning forklarer disse som feiloppfattninger, misforståelser og manglende kunnskaper om smerter og smertebehandling. Pasientene opplever utrygghet rundt bruken av sterke opioider av frykt for avhengighet og utvikling av toleranse. Frykten for utviklingen av toleranse begrunnes med at pasienten er redd for å begynne med sterke opioider for tidlig i forløpet, da de er redde for at medikamentet ikke skal ha noen effekt dersom smertene tiltar (Valeberg et al., 2010).

For å kunne bryte ned disse barrierene både hos sykepleiere og pasienter kreves det opplæring og kunnskap. Det er vist at pasientene har en tilbakeholdenhet med å rapportere om smerte

(Nordøy, et al., 2012). Dette medfører at sykepleieren ikke får gjennomført en god smertekartlegging ettersom pasienten er den eneste som kan uttale seg om sine smerter, da det er en subjektiv følelse (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Ut ifra dette kan vi se at kombinasjonen av manglende kunnskap hos sykepleieren og medikamentelle barrierer hos pasienten medfører inadekvat smertelindring (Valeberg et al., 2010).

5.0 Konklusjon

Forskning og litteratur som er anvendt i oppgaven viser og bekrefter at smertelindring av den palliative pasienten er en viktig del av sykepleierens arbeid. Samhandlingsreformen og aktuelt lovverk bidrar til å legge press på sykepleierne i kommunehelsetjenesten, da reformer og lover ønsker å legge til rette for at flere pasienter skal få mulighet til å tilbringe mer tid i eget hjem. Det kreves da bred kunnskap og kompetanse fra sykepleierne i hjemmebasert omsorg.

God faglig kompetanse og brede kunnskaper om smerter, smertekartlegging, medikamenter og lungecancer må ligge til grunn for at sykepleieren skal kunne lindre smerter hos den hjemmeboende lungecancerpasienten. En god kartlegging av pasientens smerter vil legge fundamentet for den videre behandlingen. Dette på bakgrunn av at man gjennom en god smertekartlegging vil kunne få svar på smertens lokalisasjon, intensitet, varighet og type som igjen avgjør hvilken type behandling pasienten vil kunne dra størst nytte av. Den gode samtalen kan benyttes som et supplement til smertekartlegging. Den gir pasienten mulighet til å beskrive et mer helhetlig bilde av sin smerteopplevelse.

Ettersom sykepleieren ikke forordner medikamenter, er det viktig med et godt samarbeid med fastlege, som også er en aktør i det palliative teamet. Et velfungerende palliativt team legger grunnlaget for helhetlig omsorg og pleie til pasienten. Da det er sykepleieren som har den daglige kontakten med pasienten, er det hun som observerer, kartlegger og iverksetter nødvendige sykepleietiltak. Sykepleieren skal praktisere innenfor egne faglige grenser, og søke veiledning der egen kompetanse ikke strekker til. Gode kunnskaper hos sykepleieren og et velfungerende palliativt bidrar til at pasienten opplever en følelse av trygghet.

I drøftingen kommer det frem at dersom den palliative lungecancer pasienten blir tilfredsstillende smertelindret, vil dette gi en følelse av trygghet. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi sett at det ikke utelukkende er smertelindring som fører til trygghet. Tryggheten i seg selv kan også føre til smertelindring.

I oppgaven har vi sett viktigheten av å benytte Joyce Travelbee sin teori om menneske-til-menneske forhold, dette grunnet at opparbeidelse av en god relasjon og tillit legger grunnlaget for et godt samarbeid. Hjemmet er en kjent og trygg arena for pasienten, hvor kontinuitet fra hjemmebasert omsorg kan bidra til å skape trygge rammer rundt behandling og oppfølging av pasienten.

Gjennomgående i forskningen som er blitt anvendt i oppgaven blir det belyst at sykepleiere mangler kunnskap innenfor smertelindring, hvor konsekvensene blir at pasienten opplever å være inadekvat smertelindret. Smertekartlegging, frykten for å gi for høy dose av opioider og observasjon av effekt er de områdene hvor sykepleieren mangler mest kunnskap.

Ut ifra dette ser vi at det vil kunne være interessant for videre forskning eller undersøkelser å se på hva som er årsaken til at vi mangler denne kunnskapen, samt hvilke tiltak som kan gjøres for at sykepleiere skal kunne få mer kunnskaper om smertelindring.

Bibliografi

- * Aass, N., Haugen, D. F., Rosland, J. H., Jordhøy, M., Dønnem, T., & Knudsen, A. K. (2013, Juli). *Webområde for Helsedirektoratet*. Hentet Januar 15, 2014 fra Helsedirektoratet.no: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>
- * Anvik, V. H. (1996). *Ved livets slutt- omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet*. Otta: AiT Enger A/S.
- * Baba, K., Fransson, P., & Lindh, J. (2007). Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patients and staff experiences. *Journal of palliative nursing*, ss. 610-616.
- * Bjørger, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I Reitan, A.M & Schjølberg, T.K (Red.). *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling* (ss. 194-213). Oslo: Akribe AS.
- * Bremnes, R. M., Helbekkmo, N., & Aasebø, U. (2012). Svulster i luftveiene. I Kåresen, R. & Wist, E. (Red.). *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell* (ss. 254-271). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Brunsvig, P. F. (2010). Lungekreft. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T.K. (Red.), *Kreftsykepleie- pasient-utfordring-handling* (ss. 448-454). Oslo: Akribe AS.
- * Brustugun, O. T. (2011, Oktober 03). *Oncolox : om lungekreft*. Hentet Februar 20, 2014 fra www.oncolox.no: <http://www.oncolox.no/no/Lunge/Bakgrunn/Spredningsmonster>
- * Chang, Y. J., Yun, Y. H., Park, S. M., Lee, S. W., Park, H.-A., Ro, Y.-J., Huh, B.Y. (2005, September 1). Nurses willingness to maximize opioid analgesia for severe cancer pain, and its predictor. *Supportive care in cancer*, 743-751.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Engstrand, P., Faksvåg Haugen, D., Hessling, S. E., Jordhøy, M. S., Kaasa, S., Kristiansen, B., et al. (2004, Oktober 20). *Webområde for Legeforeningen*. Hentet Januar 29, 2014 fra [Legeforeningen.no](http://legeforeningen.no): <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie- ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

- * Granerud, Ø. (2012, September). Å dø hjemme. *Nordisk tidsskrift for palliativ medisin-OMSORG*, ss. 40-44.
- * Gulsvik, A., & Bakke, P. S. (2004). *Lungesykdommer- En basal innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- * Haakensen, V. D., Ikdahl, T., Helland, Å., & Børresen-Dale, A.-L. (2012). Tumorbibliografi. I Kåresen, R. & Wist, E. (Red.), *Kreftsykdommer- En basisbok for helsepersonell* (s. 50-63). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Haugen, D. F., Jordhøy, M. S., & Hjermstad, M. J. (2007). Organisering av palliative tilbud. I Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon - Nordisk lærebok* (ss. 197-212). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Helse- og omsorgsdepartementet. (2005). *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. (NOU 2005:3). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld.nr.47,2008-2009). Oslo: departementet.
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 40. (2014)
- * Hoel, M. B., & Lynes, I. K. (2010). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I Reitan, A.M & Schjølberg, T.K (Red.), *Kreftsykepleie- Pasient-utfordring-handling* (ss. 455-464). Oslo: Akribe AS.
- Holter, I. M., & Mekki, T. E. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken I*. Oslo: Akribe AS.
- Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten-døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I I. M. Holter, & T. E. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie-sykepleieboken I* (ss. 742-783). Oslo: Akribe AS.
- * Kaasa, S. (2007). Smertediagnostikk. I Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon- Nordisk lærebok* (ss.285-310). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Kaasa, S. (2012). Palliativ behandling. I R. Kåresen, & E. Wist, *Kreftsykdommer- En basisbok for helsepersonell* (ss. 113-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Kaasa, S., & Borchgrevink, P. C. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon - Nordisk lærebok* (ss. 271-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv - ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- * Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- Analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Kreftregisteret . (2013, September 5). *Kreftregisteret. Nøkkeltall-kreft*. Lokalisert på <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- * Kreftregisteret. (2013, September 5). *Kreftregisteret. Nøkkeltall-lungekreft 2011*. Lokalisert <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Lungekreft/>
- * Krishnasamy, M. (2008). Pain. I J. Corner, & C. Bailey, *Cancer nursing-care in context* (ss. 449-461). Oxford: Blackwell publishing limited.
- * Landmark, B. T., Svenkerud, T. M., & Grov, E. K. (2012, September). Å dø i eget hjem-om utfordringer og fagkompetanse i hjemmetjenesten. *Nordisk tidsskrift for palliativ team- OMSORG*, ss. 21-26.
- * Lund, J.-Å., & Kaasa, S. (2007). Palliativ strålebehandling. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - nordisk lærebok* (ss. 423-433). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I Holter, I. M. & Mekki, T. E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1* (ss. 149-168). Oslo: Akribe AS.
- * McCaffery, M., & Beebe, A. (1996). *SMERTER-lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- * Nordøy, T., Buitink, M., Svensen, R., Ervik, B., Magnussen, C., Boge, J., et al. (2012, Januar). *Håndbok i lindrende bahandling*. Hentet Januar 22, 2014 fra Webområde for Universitetssykehuset i Nord-Norge: www.unn.no/category11934.html
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norges sykepleierforbund.
- * Paice, J. A., Toy, C., & Shott, S. (1998, Juli 1). Barriers to Cancer Pain Relief: Fear of Tolerance and Addiction. *Journal of pain and symptom Management*, ss.1-9.
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1. (2014).
- * Rosland, J. H., & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I Kaasa, S. (Red.). *Palliasjon* (ss. 311-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), ss. 64-76.
- * Rønning, M., Strand, E., & Hjermstad, M. J. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon - nordisk lærebok* (ss. 213-228). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., & Bjålie, J. G. (2006). Celler. I O. Sand, Ø. Sjaastad, E. Haug, & J. G. Bjålie (Red.), *Menneskekroppen- Fysiologi og anatomi* (ss. 44-76). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Schaffe-Vargas, G. (2010). *New adaption of the analgesic ladder*. Loalisert på <http://www.cfp.ca/content/56/6/514/F2.expansion>.
- * Smith, E. L. (2004). Cancer pain. I Varricchio, C. G. (Red.). *A cancer source book for nurses* (ss. 349-360). London: Jones and bartlett publishers international.
- Solhaug, M., & Rotegård, A.-K. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I Holter, I.M. & Mekki, T. E. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 1* (ss. 190-212). Oslo: Akribe AS.
- * Statistisk sentralbyrå. (2009, juni 18). *Spesialisthelsetjenesten, somatikk, 2008*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/speshelsesom/>
- * Statistisk Sentralbyrå. (2013, November 1). *Dødsårsaker, 2012*. Lokalisert på <http://www.ssb.no/dodsarsak/>
- * Steinberg, E. & Goldstein, L.B. (2010). *Visuell analog skala- VAS*. Lokalisert på <http://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/assessing-pain-pediatric-patient-emergency-setting>
- * Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T.K. (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (ss. 235-256). Oslo: Akribe AS.
- Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. M. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal akademisk.
- * Ursin, G., & Johnsen, T. (2013, November 13). *Kreftregisteret*. Hentet Februar 14, 2014 fra Insitutt for populasjonsbasert kreftforskning: <http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2011/>
- * Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). Smertebehandling av kreftpasienter. *Sykepleien- Forskning*, ss. 266-276.
- * Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007, Mars). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian journal of caring science*, ss. 32-40.
- * Wootton, M. (2004). Morphine is not the only analgesic in palliative care: literature review. *Journal of advanced nursing*, ss. 527-532.

* World Health Organization. (u.d.). *WHO*. Hentet Februar 18, 2014 fra World health organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/index.html>

* World Health Organization- WHO. (u.d.). *World Health Organization*. Hentet Februar 13, 2014 fra WHO: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg 1

PICO-Skjema

<u>P</u>	<u>I</u>	<u>C</u>	<u>O</u>
<i>Hvem vil vi vite noe om? Pasienter/grupper/mennesker</i>	<i>Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?</i>	<i>Skal det tiltaket vi satte opp under "I" sammenlignes med et annet tiltak?</i>	<i>Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?</i>
Lungecancer Lungekreft Dyspné Metastaser Smerter Hjemmeboende Palliativ	Smerteindring Sykepleier Kartlegging Barrierer Forebygge smerter Opioider		Smertelindret Fri fra smerter Trygghet
Lungcancer Metastasis Dyspnea Pain Outpatient Living at home Palliative	Pain relief Free from pain Pain assement Assessment scale Barriers Pain prevention Opioids		Free from pain Adequate pain relief Safety

Søkehistorikk

Søkeord	Database	Treff	Eventuell kommentar
Cancer pain treatment Nurses Palliative care	Cinahl	34	Søket var avgrenset til fulltekst, og nyere en år 2000. Fant en relevant artikkel, denne var Nr. 14. « <i>Morphine is not the only analgesic in palliative care: literature review</i> ».
Smertelindring	Svemed	129	Søket bedømmes som for vidt, prøvde derfor å avgrense søket ved å legge til Barrierer som søke ord og avgrense til artikler publisert etter 2005.
Smertelindring Barrierer	Svemed	2	Ved å avgrense til 2005 og legge til søkeord fant vi frem til en artikkel vi bedømte som relevant for vår oppgave. « <i>Smertebehandling av kreftpasienter</i> ».
Cancer pain Management Barriers	Cinahl	204	En del treff som virker til å være relevante. Forsøker likevel å avgrense søket noe da det var så mange treff. Avgrenser i forhold til alder og legger på søkeordet «cancer pain relief»
Cancer pain relief Management Barriers	Cinahl	37	Avgrenset søket noe i forhold til alder, artikkelen vi fant mest relevant var likevel fra 1998, etter å ha lest den finner vi at den fortsatt er gjeldende. Artikkelen er nr. 14 i søket. « <i>Barriers to cancer Pain relief: Fear of Tolerance and Addiction</i> ».
Cancer pain Nurse Opioid	Oria	1910	Mange gode treff, men alt for mange å se igjennom. Forsøkte derfor å gjøre noen avgrensinger og gjøre et nytt søk.
Cancer pain Nurse Opioid	Oria	311	Begrenset søket til nyere en 2005, kun å omhandle artikler og krysset av for at artiklene skulle være fagfelleurdert. Skummet igjennom en del overskrifter for å se om det var noen som passet og plukket ut noen som vi så nærmere på. Der i blant en vi velger å bruke i oppgaven. « <i>Nurses' willingness to maximize opioid analgesia for severe cancer pain, and its predictor</i> ». Måtte bruke google scholar for å få frem denne I fulltekst da det var noe galt med link fra Oria.
Ellen Karine Grov	Google	77	Avgrenset til artikler nyere en 2010. Fant

	Scholar		noen artikler som kunne være av relevans men ønsker å søke videre i annen database for å se om dette gir bedre resultater.
Ellen Karine Grov	Svemed	13	Her fant vi spesielt to artikler hvor en var i fulltekst, denne var « <i>Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen</i> ». Den andre var ikke å oppdrive i fulltekst på internett, derimot fant vi artikkelen i Tidsskriftet OMSORG på Høgskolens Bibliotek. « <i>Å dø i eget hjem- om utfordringer og fagkompetanse i hjemmetjenesten</i> ».
Modified ESAS Patient Cancer	Google Scholar	8410	Søket ble gjort med avgrensning slik at det gjaldt artikler publisert i 2007 eller senere. Ettersom det tross denne avgrensingen gav så mange treff velger vi å prøve de samme søkene i en annen database.
Modified ESAS Patient Cancer	Cinahl	4	I Cinahl gav de samme søkeordene kun 4 treff, hvor treff nr.1 virket til å kunne være med å belyse noen av de faktorene vi har opplevd i praksis. Denne var derfor relevant for vår oppgave. « <i>Use of a modified ESAS in cancer patients: a pilot study of patient and staff experiences</i> ».
Palliative Nurse Care	Svemed+	195	Grunnet så mange treff valgte vi å prøve å legge til søkeord og avgrense etter årstall.
Palliative patients Nurse Care	Svemed+	58	Ved å avgrense til artikler publisert senere en 2007 fikk vi 58 treff hvorav 30 var i fulltekst. Etter å ha sett raskt igjennom disse, fant vi en vi tror kan være aktuell å benytte i vår oppgave dette var treff nr.57. « <i>Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective</i> ».

Vedlegg 3

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsighet (døsighet = å føle seg søvnig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt tatt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Annet problem (f.eks. forstoppelse)

Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

Pasient

Pårørende

Helsepersonell

Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell